

記入例

直接支払制度を利用した場合
～被保険者本人が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

*添付書類
出産費用明細書(写)

* 出産費用明細書に医療機関の印
がない場合、出産時の領収書(写)も
必要です。

- ①マイナポータル
②資格確認情報のお知らせ
③資格確認書(健康保険
証)のいずれかを見て正確
にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

令和 年 月 日

健康保険 被保険者 家族 出産育児 一時金 申請書
付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 (右つめて記入)	記号	番号	② 被保険者 氏 名	(フリガナ)	報道 花子	
	③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社					
	④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ Tel. △△△ (△△) △△△△					
	⑤ 出産年月日	令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または 死産の別	・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)			
	⑦ 生産の場合 の出生児数	1 人	⑧ 死産の場合 の死産児数	人	⑨ 出 産 育 児 一 時 金 直接支払制度の利用	有 ・ 無	
	⑩ 出産した 病院・ 産院の	⑦ 名 称	○○○○○レディースクリニック				
	⑩ 出産した 病院・ 産院の	⑧ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△				
	⑪ 家族が出産 した時はその者の	⑨ 氏 名	該当せず	⑩ 生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	
	⑫	備考					

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑳②④は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎 ・ 多胎(児)
⑮ 生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考	
⑰ 上記のとおり相違ない	医療機関の名称・所在地 医師・助産師	年 月 日	()
⑱ 本 籍			
⑲ 出生届出日	令和 年 月 日		
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	㉑	㉒ Tel. ()

* 直接支払制度を利用された場合は、
この欄に証明を受ける必要はありません。

但し死産の場合は医療機関で証明を受けてく
ださい。

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉒は市区町村長の証明欄です。

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日	
	被保険者 (請求者)	住 所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ 氏 名 報道 花子
	代理人 (事業主)	住 所 東京都千代田区○○町△△-△△ 事業所名 ○○○株式会社 氏 名 代表取締役 ○○ ○○
	事業主(勤務先) 記入	

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の
被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

社会保険労務士の
提 出 代 行 者 名

㉓ 東京都報道事業健康保険組合

記入例

直接支払制度を利用した場合
～ご家族が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

*添付書類
出産費用明細書(写)

* 出産費用明細書に医療機関の印
がない場合、出産時の領収書(写)も
必要です。

- ①マイナポータル
②資格確認情報のお知らせ
③資格確認書(健康保険
証)のいずれかを見て正確
にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

健康保険 被保険者 家族 出産育児 一時金 付加金 申請書

被保険者等 (右つめて記入)	記号 1 2 3 - 4 5 6 7	番号 被保険者 氏 名	(フリガナ) 報道 太郎
③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社		
④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ Tel. △△△ (△△) △△△△		
⑤ 出産年月日	令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または 死産の別	・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)
⑦ 生産の場合 の出生児数	1 人	⑧ 死産の場合 の死産児数	人
⑨ 出産育児一時金 直接支払制度の利用	有 ・ 無		
⑩ 出産した 病院・ 産院の	⑦ 名 称 ○○○○○レディースクリニック	⑧ 所在地 埼玉県○○市○○町△-△△-△△△	
⑪ 家族が出産 した時はその者の	⑦ 氏 名 報道 花子	⑧ 生年月日	昭和・平成 △△ 年 8 月 1 日
⑫ 備考			

※下記欄⑬～⑳⑳は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎 ・ 多胎(児)
⑮ 生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考	
⑰ 上記のとおり相違ない	年 月 日		
⑱ 医療機関の名称・所在地 医師・助産師	※ 直接支払制度を利用された場合は、 この欄に証明を受ける必要はありません。 但し死産の場合は医療機関で証明を受けてく ださい。		
⑲ 本 籍			
⑳ 出生届出日	令和 年 月 日		
㉑ 上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	㉒	
市区町村長名		㉓	

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉒は市区町村長の証明欄です。

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日
被保険者 (請求者)	住 所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ 氏 名 報道 太郎
代理人 (事業主)	住 所 東京都千代田区○○町△△-△△ 事業所名 ○○○株式会社 氏 名 代表取締役 ○○ ○○

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の
被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

社会保険労務士の 提 出 代 行 者 名	
-------------------------	--

⑥ 東京都報道事業健康保険組合

記入例

直接支払制度を利用していない場合
～被保険者本人が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

*添付書類

- ・代理契約に関する(合意)文書(写)
- ・出産時の領収証(写)

- ①マイナポータル
- ②資格確認情報のお知らせ
- ③資格確認書(健康保険証)のいずれかを見て正確にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

健康保険 被保険者 家族 出産育児 一時金 付加金 申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 (右つめて記入)	記号 1 2 3 - 4 5 6 7	番号 被保険者 氏 名	② 被保険者 氏 名	(フリガナ) 報道 花子	
	③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
	④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ Tel △△△ (△△) △△△△				
	⑤ 出産年月日	令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または 死産の別	・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)		
	⑦ 生産の場合 の出生児数	1 人	⑧ 死産の場合 の死産児数	⑨ 出 産 育 児 一 時 金 直 接 支 払 制 度 の 利 用	有 ・ 無	
	⑩ 出生した 病院・ 産院の	⑦ 名 称	○○○○○レディースクリニック			
	⑩ 出生した 病院・ 産院の	⑧ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△			
	⑪ 家族が出産 した時はその者の	⑨ 氏 名	⑩ 該当せず	⑪ 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
	⑫ 備考					

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑳⑳は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 す る と こ ろ	⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎 ・ 多胎(児)	
	⑮ 生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考		
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。				
	医療機関の名称・所在地 医師・助産師名				
	⑱ 本 籍			⑲ 筆頭者氏名	
	⑳ 出生届出日	令和 年 月 日	㉑ 出生年月日	令和 年 月 日	
	㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。				
	市区町村長名				

医師または市区町村長の
いずれかの証明を必ず受け
てください。

※ 直接支払制度を利用し
ていない場合に限りです。

市区町村長の証明欄

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉒は市区町村長の証明欄です。

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日	
	被保険者 (請求者)	住 所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ 氏 名 報道 花子
	代理人 (事業主)	住 所 東京都千代田区○○町△△-△△ 事業所名 ○○○株式会社 氏 名 代表取締役 ○○ ○○
	事業主(勤務先)記入	

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

社会保険労務士の
提 出 代 行 者 名

⑥ 東京都報道事業健康保険組合

記入例

直接支払制度を利用していない場合
～ご家族が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

*添付書類

- ・代理契約に関する(合意)文書(写)
- ・出産時の領収証(写)

- ①マイナポータル
②資格確認情報のお知らせ③
資格確認書(健康保険証)の
いずれかを見て正確にご記入
ください。

該当する項目に○を付けてください

健康保険 被保険者 一時金 申請書
家族 出産育児 付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 (右つめて記入)	記号	番号	② 被保険者 氏 名	(フリガナ)	ホウドウ タロウ
		1 2 3 - 4 5 6 7		被 保 険 者 氏 名		報 道 太 郎
	③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
	④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ Tel △△△ (△△) △△△△				
	⑤ 出産年月日	令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または 死産の別	・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)		
	⑦ 生産の場合 の出生児数	1 人	⑧ 死産の場合 の死産児数	人	⑨ 出 産 育 児 一 時 金 直 接 支 払 制 度 の 利 用	有 ・ 無
	⑩ 出産した 病院・ 産院の	⑦ 名 称	○○○○○レディースクリニック			
		⑧ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△			
	⑪ 家族が出産 した時はその者の	⑦ 氏 名	④ 生年月日	昭和 ・ 平成	△△ 年 8 月 1 日	
	⑪ 家族が出産 した時はその者の	氏 名	生年月日	昭和 ・ 平成	△△ 年 8 月 1 日	
	⑫ 備考					

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑭は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎 ・ 多胎(児)
	⑮ 生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考	
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。			
	医療機関の名称・所在地 医師・助産師名 医師・助産師証明欄			
	⑮ 本 籍	⑰ 筆頭者氏名		
	⑳ 出生届出日	令和 年 月 日	㉑ 出生年月日	令和 年 月 日
	㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。			
市区町村長名 市区町村長の証明欄				
⑳ 市区町村長名 ㉑ Tel ()				

医師または市区町村長の
いずれかの証明を必ず受
けてください。

* 直接支払制度を利用し
ていない場合に限ります。

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉒は市区町村長の証明欄です。

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日	
	住 所	埼玉県○○市○○町△△-△-△△△
	被保険者 (請求者)	氏 名 報 道 太 郎
	住 所	東京都千代田区○○町△△-△△
	代理人 (事業主)	事業所名 ○○○株式会社 氏 名 代表取締役 ○○ ○○

事業主(勤務先)記入

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の
被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

社会保険労務士の 提 出 代 行 者 名	
-------------------------	--

⑥ 東京都報道事業健康保険組合

記入例

出産育児一時金を請求される際、現在、当健康保険組合の

○『被保険者資格を喪失された方』… 下記Aに

○『被扶養者(家族)認定後6ヶ月以内の方』… 下記Bに それぞれご記入ください。

※現在または以前に加入されていた保険者へ確認を取らせていただいたうえで、支給可否を決定いたします。

被保険者本人のご出産で、
資格喪失後、6か月以内のご出産の場合

A 当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

→資格喪失日の前日まで継続して1年以上の被保険者期間(任意継続期間は除く)があることが条件となります。

①現在加入されている健康保険についてご記入ください。

〇〇△△	該当に○を付けてください 健保組合・協会けんぽ(支部名を記入してください) 市区町村国保・国保組合・共済組合
------	---

②上記健康保険組合等の連絡先がおわかりでしたらご記入ください。

住 所 電話番号	〒 △△△-△△△△ 東京都千代田区〇〇町△△-△△ 〇〇〇ビル △階 TEL △△△ (△△△) △△△△
-------------	--

上記のとおり相違ありません。

報道 花子
被保険者氏名

B 当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

出産6ヶ月以前、勤務されていませんか。(①または②の該当する方に○を付けてください。)

- ①勤務していない → 下記にご署名ください。
②勤務していた → 下記についてご記入のうえ、ご署名ください。

勤 務 先 名 称					
勤 務 先 の 連 絡 先	()				
勤務していた期	月		ヶ月間		
加入していた健康保険(保険者)	健保組合・協会けんぽ(支部名を記入してください) 共済組合				
加入していた健康保険(保険者)連絡先	()				
加入していた健康保険証の記号・番号	記号		番号		
加入していた健康保険(保険者)への「出産育児一時金」の申請を(○で囲む)	します ・ しません				

この欄は記入する必要はありません

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名

記入例

出産育児一時金を請求される際、現在、当健康保険組合の

○『被保険者資格を喪失された方』… 下記Aに

○『被扶養者(家族)認定後6ヶ月以内の方』… 下記Bに それぞれご記入ください。

※現在または以前に加入されていた保険者へ確認を取らせていただいたうえで、支給可否を決定いたします。

A 当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

→資格喪失日の前日まで継続して1年以上の被保険者期間(任意継続期間は除く)があることが条件となります。

①現在加入されている健康保険についてご記入ください。

この欄は記入する必要はありません		さい 部名を記入してくださ 組合・共済組合
②上記健康保険組合		
住 所 電話番号	〒	
	TEL (	
ご家族のご出産で、 扶養認定後、6か月以内のご出産の場合		該当する項目に○ を付けてください
	氏名	

B 当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

出産6ヶ月以前、勤務されていませんか。(①または②の該当する方に○を付けてください。)

①勤務していない → 下記にご署名ください。

②勤務していた → 下記についてご記入のうえ、ご署名ください。

勤 務 先 名 称	(以前の勤務先名称) 株式会社〇〇△△			
勤 務 先 の 連 絡 先	△△△ (△△△) △△△△			
勤 務 して いた 期 間	△年 4 月 1 日 ~ ○年 3 月 31 日迄 △年 ○ヶ月間			
加 入 して いた 健 康 保 険 (保 険 者)	〇〇△△ 該当に○を付けてください 健保組合・協会けんぽ(支部名を記入してください) 市区町村国保・国保組合・共済組合			
加 入 して いた 健 康 保 険 (保 険 者) 連 絡 先	△△△ (△△△) △△△△			
加 入 して いた 健 康 保 険 の 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	12345	番 号	67890
加 入 して いた 健 康 保 険 (保 険 者) へ の 「 出 産 育 児 一 時 金 」 の 申 請 を (○ で 囲 む)		します		しません

上記のとおり相違ありません。

報道 太郎

被保険者氏名